

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933

THÈSE

POUR LE

145

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Thérèse ROUSSY

Née le 16 mai 1898 à Paris
Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉTIOLOGIE

ET DU PRONOSTIC IMMÉDIAT

DE LA PRÉMATURATION

Étude d'une série continue de 1976 observations recueillies
à la Clinique BAUDELOCQUE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1933

LABR. LIBRARY



10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525
 526
 527
 528
 529
 530
 531
 532

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Thérèse ROUSSY

Née le 16 mai 1898 à Paris
Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉTIOLOGIE

ET DU PRONOSTIC IMMÉDIAT

DE LA PRÉMATURATION

Étude d'une série continue de 1976 observations recueillies
à la Clinique BAUDELOCQUE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1933

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médicale-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	N...
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.	MAUCLAIRE, ROVELACQUE.
	MULON et VERNE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

LAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 LUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 LÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
 LROCQ . . . Pathologie chirurgicale.
 LRUÉ . . . Pathologie médicale.
 LUSQUET . . . Pharmacologie.
 LADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 LATHALA . . . Pathologie médicale.
 LHABROL . . . Pathologie médicale.
 LHAILEY-BERT . . . Physiologie.
 LHEVALLIER. Pathologie médicale.
 LDOGNON . . . Physique.
 LDONZELOT. Pathologie médicale.
 LCALLE . . . Obstétrique.
 LEY . . . Urologie.
 LGASTINEL . . Bactériologie.
 LGATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 LGAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 LHIROUD . . . Histologie.
 LHALPHEN. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LHARVIER. . . Pathologie médicale.
 LHAZARD . . . Pharmacologie.
 LHUGUENIN. . Anatomie pathologique.
 LIUTINEL. . . Pathologie médicale.
 LOANNON. . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
 LIAN. . . . Pathologie médicale.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU. . . Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Fils . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIÈRE. . Pathologie expérimentale et comparée.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VIGNES. . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX . . . Obstétrique.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU LEMAIRE Parasitologie
 REFTERER. . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physiologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAVI . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY . . .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR . . .	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
BASSET . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.	METZGER . . .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT . . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé. . .		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

le Docteur B. ROUSSY

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui fut mon premier maître et m'a
donné le bel exemple d'une vie
laborieuse et droite.*

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE

*En témoignage de ma profonde
affection.*

A MES SCEURS

A MON BEAU-FRÈRE

A MA TANTE ET A MON ONCLE

le Docteur de RIBIER

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*En témoignage de respectueux atta-
chement et de profonde grati-
tude.*

A M. le Docteur LACOMME

Accoucheur des Hôpitaux

En témoignage de ma vive reconnaissance pour les précieux conseils qu'il n'a cessé de me prodiguer au cours de mes études et pour l'élaboration de cette thèse.

A M. le Docteur AMELINE, Chirurgien des Hôpitaux

A M. le Docteur PORTES, Professeur agrégé

A MM. les Docteurs RAVINA et DIGONNET

Accoucheurs des Hôpitaux

A M. le Docteur J. DECOURT, Médecin des Hôpitaux

A M. le Docteur BOULIN, Médecin des Hôpitaux

A M. le Docteur PÉRON, Médecin des Hôpitaux

A MM. les Docteurs J. OLLIVIER, SEGUY, RABUT

En remerciement de l'enseignement que j'ai reçu d'eux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage :

M. le Professeur GOSSET.

M. le Professeur WIDAL (*in memoriam*).

M. le Professeur M. LABBÉ.

M. le Professeur MARFAN.

Externat :

M. le Docteur ROBINEAU.

M. le Docteur LOEPER.

M. le Professeur agrégé Pasteur VALLERY-RADOT.

M. le Professeur COUVELAIRE.

M. le Docteur M. PINARD.

M. le Docteur ROBERT MONOD.

M. le Docteur APERT.

M. le Professeur JEAN-LOUIS FAURE.

INTRODUCTION

MM. A. Couvelaire, P. Lereboullet et M. Lacomme (1) ont montré récemment qu'à Paris, dans une grande maternité de l'Assistance publique (Clinique Baudelocque), 76 % des enfants dont le décès survient moins de dix jours après la naissance sont des prématurés ou des débiles. Dans leur travail, qui n'était basé que sur les observations des enfants morts précocement, ces auteurs n'ont pas cherché à préciser l'étiologie de la prématuration ni la mortalité des prématurés en fonction de l'étiologie. A l'instigation de notre maître M. le Pr A. Couvelaire nous avons dépouillé toutes les observations de tous les enfants de moins de 3000 grammes nés à la clinique Baudelocque pendant deux années consécutives dans le but d'essayer de dégager :

1° Les grandes causes *médicales* de la prématuration et de la débilité congénitale ;

2° L'influence de la cause de la prématuration ou de la débilité sur la vitalité de l'enfant.

(1) A. COUVELAIRE, P. LEREBoullet et M. LACOMME. — Etudes sur la mortalité précoce des nouveau-nés (*Le Nourrisson*, janvier et mai 1932).

J. LE GOFF. — Contribution à l'étude de la mortalité des nouveau-nés pendant les 10 premiers jours de la vie (Travail de la clinique Baudelocque) (*Thèse Paris*, 1932).

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE STATISTIQUE

En deux ans de fonctionnement de la clinique Baudelocque, les avortements étant exclus, nous avons trouvé 1976 nouveau-nés dont le poids était inférieur à 3 kilog.

105 pesaient moins de 1500 gr., 1,9 % du nombre total des enfants nés à la clinique ;

96 pesaient de 1500 à 1800 gr., 1,7 % du nombre total des enfants nés à la clinique ;

94 pesaient de 1800 à 2.000 gr., 1,7 % du nombre total des enfants nés à la clinique ;

454 pesaient de 2000 à 2500 gr., 8,2 % du nombre total des enfants nés à la clinique ;

1227 pesaient de 2500 à 3000 gr., 22,2 % du nombre total des enfants nés à la clinique ;

1976

Au total sur 5508 enfants nés à la clinique pendant les années 1928 et 1929, 1976 soit 35,8 % pesaient moins de 3000 gr.

CHAPITRE I

LES PRÉMATURÉS ISSUS DE GESTATIONS SIMPLES

Ces observations sont au nombre de 1834.

Nous les avons examinées en relevant les anomalies d'ordre obstétrical et les anomalies d'ordre médical qui nous ont paru susceptibles soit d'avoir déclanché prématurément le travail, soit d'avoir retenti sur la vitalité du fœtus.

Dans ces deux groupes de causes obstétricales et médicales on ne peut classer cependant toutes les observations. Certaines pourraient entrer dans ces deux groupes parce qu'elles présentent des anomalies des deux ordres. D'autres ne pourraient entrer dans aucun, parce qu'elles ne relatent aucune anomalie médicale ou obstétricale.

Nous avons donc été ainsi amenés à ranger nos observations dans quatre groupes.

Le I^{er} GROUPE comprend 666 : nouveau-nés issus de mères qui ont présenté des anomalies d'ordre obstétrical ;

Le II^e GROUPE comprend 507 : nouveau-nés issus de mères qui ont présenté des anomalies d'ordre médical ;

Le III^e GROUPE comprend 109 : nouveau-nés issus de mères qui ont présenté des anomalies complexes à la fois d'ordre médical et obstétrical ;

Le IV^e GROUPE comprend 552 : nouveau-nés issus de mères qui ne présentaient aucune anomalie cliniquement évidente.

Cette classification nous a paru rationnelle parce que les causes obstétricales sont, en général, d'ordre mécanique et semblent agir seulement dans la plupart des cas, en déclanchant prématurément l'accouchement. D'une façon habituelle, elles ont donc déterminé la naissance de prématurés purs, indemnes de tares héréditaires ou congénitales.

Les causes médicales peuvent, au contraire, être soupçonnées, qu'elles aient ou non provoqué l'accouchement avant terme, d'avoir plus ou moins altéré la vitalité du fœtus.

D'une façon habituelle, elles ont donc pu déterminer la naissance d'enfants non seulement prématurés, mais aussi débiles.

I. — ENFANTS ISSUS DE FEMMÉS PORTEUSES D'ANOMALIES OBSTÉTRICALES

Nous avons relevé dans 666 observations des anomalies d'ordre obstétrical dont l'action sur le déclanchement du travail est plus ou moins avérée. Ces anomalies ont été groupées sur les chefs suivants :

Hémorragies	80 cas
Rupture prématurée des membranes	336 cas
Insertion basse du placenta sur le segment inférieur n'ayant donné lieu ni à une hémorragie, ni à une rupture prématurée des membranes.	196 cas
Anomalies locales diverses.	54 cas

1° Hémorragies

Nous en avons relevé 80 cas. Presque toutes ont eu lieu dans les dernières semaines qui ont précédé l'expulsion du fœtus, ou au moment de la parturition.

Toutes étaient liées à des insertions vicieuses du placenta car nous avons exclu, de ce groupe, les cas dans lesquels une hémorragie était liée à un hématome rétro-placentaire. Ces cas ont été classés sous la rubrique

générale : Etats pathologiques gravidiques parce que le syndrome « toxique » qui les accompagne nous a paru plus important à considérer que sa manifestation locale hémorragique.

Les 80 cas que nous avons retenus ici représentent donc des accidents de caractère purement obstétrical et mécanique. Le travail a été déclenché souvent très prématurément.

Sur ces 80 cas, le nombre des enfants de très petit poids est relativement considérable, ainsi que le montre le tableau suivant :

Ces enfants pesaient à la naissance : (1)

moins de 1500 gr. : **15** — 14 sont morts : 2 in utéro, 2 au cours du travail, 5 dans les 3 jours, 5 dans les 10 jours ;

de 1500 à 1800 gr. : **14** — 8 sont morts : 2 au cours du travail, 3 dans les 3 jours, 2 dans les 10 jours, 1 au cours du 1^{er} mois ;

de 1800 à 2000 gr. : **8** — 4 sont morts : 1 in utéro, 2 au cours du travail, 1 après le 1^{er} mois.

de 2000 à 2500 gr. : **22** — 4 sont morts : 1 in utéro, 1 au cours du travail, 2 pendant le 1^{er} mois ;

de 2500 à 3000 gr. : **21** — 1 est mort : au cours du 1^{er} mois.

Au total : 37 enfants sur 80 pesaient moins de 2 kg., soit près de la moitié. Nous ne retrouverons cette énorme proportion d'enfants de très petit poids dans

(1) Nous avons adopté pour la commodité de notre exposé les expressions : « Morts dans les 10 jours. Morts dans le 1^{er} mois, etc., pour désigner les enfants morts respectivement entre le 4^e et le 10^e jour, et entre le 11^e et le 30^e jour.

aucune autre des catégories étiologiques de prématurés que nous étudierons ultérieurement.

La mortalité globale est de 32 %. C'est un taux que nous ne retrouverons pas non plus dans aucune des catégories de prématurés nés de parents sains.

Les deux faits : grosse proportion d'enfants de très petits poids et très forte mortalité globale sont solidaires.

Si nous considérons la mortalité des enfants de plus de 2 kg., nous la trouvons de 4,8 %. Ce chiffre est très analogue à celui que nous trouverons dans les autres groupes pour les mêmes catégories pondérales.

Les enfants dont la prématuration est liée à une hémorragie par insertion vicieuse sont donc capables de survivre en grand nombre lorsque le déclenchement du travail se fait assez près du terme pour que leur développement soit suffisant.

2° Rupture prématurée des membranes

336 enfants ont été expulsés avant le terme normal, par suite de l'ouverture prématurée de l'œuf. Cette ouverture peut être due à des causes très diverses :

Les insertions basses du placenta sur le segment inférieur, les rétrécissements du bassin, les présentations vicieuses, sont les causes les plus fréquentes en dehors des cas, assez nombreux, où l'on ne trouve aucune explication précise de cet accident.

Nous n'avons fait ici aucune discrimination ; nous avons réuni en un seul bloc tous les cas de ruptures

prématurées des membranes parce que, dans tous les cas, l'accident est d'ordre purement local et mécanique et qu'il a toujours pour conséquence identique le déclanchement du travail dans les 48 heures qui suivent.

Ajoutons que nous avons compté parmi les ruptures prématurées, quelques cas, où la rupture survenue après quelques contractions douloureuses, aurait pu être qualifiée de précoce.

Les 336 enfants pesaient :

moins de 1500 gr. : **8** — 7 sont morts : 3 in utero, 1 au cours du travail, 2 avant le 3^e jour, 1 avant le 10^e jour.

de 1500 à 1800 gr. : **7** — 4 sont morts : 1 in utéro, 1 avant le 3^e jour, 2 avant le 10^e jour ;

de 1800 à 2000 gr. : **7** — 5 sont morts : 4 dans les 10 jours, 1 au cours du 1^{er} mois ;

de 2000 à 2500 gr. : **79** — 12 sont morts : 2 in utero, 2 au cours du travail, 4 dans les 3 jours, 1 dans les 10 jours, 3 dans le 1^{er} mois.

de 2500 à 3000 gr. : **235** — 16 sont morts : 3 in utero, 8 au cours du travail, 2 dans les 3 jours, 3 avant le 1^{er} mois.

Notons que les enfants de très petit poids sont ici une très faible minorité, 22 seulement sur 336 présentaient un poids de naissance inférieur à 2 kg.

La plupart appartiennent à la catégorie pondérable supérieure.

3° Insertion basse du placenta sur le segment inférieur

Un très grand nombre d'insertions vicieuses du placenta se trouvaient à l'origine des deux accidents que nous venons d'étudier et ont été comptés dans les deux paragraphes précédents. Mais un certain nombre de placentas insérés bas ne donnent lieu à aucun accident. L'examen de la délivrance montrant le siège de l'ouverture de l'œuf, permet de mesurer le petit côté des membranes, et de situer approximativement l'insertion placentaire sur la paroi utérine.

Nous avons retenu ici 196 cas, dans lesquels le petit côté des membranes mesurait moins de 10 centimètres. En l'absence de toute autre cause, nous avons supposé que ces insertions basses sur le segment inférieur, avaient pu tout aussi bien que celles qui ont entraîné une ouverture prématurée de l'œuf ou une hémorragie, déclancher prématurément le travail.

Sur les 196 enfants de ce groupe il y en avait :

moins de 1500 gr. : **7** — 6 sont morts : 3 in utéro, 2 avant le 3^e jour, 1 avant le 10^e jour.

de 1500 à 1800 gr. : **8** — 6 sont morts : 3 avant le 3^e jour, 1 avant le 10^e jour, 2 avant le 1^{er} mois.

de 1800 à 2000 gr. : **1**

de 2000 à 2500 gr. : **36** — 6 sont morts : 3 au cours du travail, 1 avant le 10^e jour, 2 pendant le 1^{er} mois.

de 2500 à 3000 gr. : **144** — 2 sont morts : 1 pendant le travail, 1 dans les 3 jours.

Nous remarquons que les enfants de très petit poids

sont comme au paragraphe précédent une infime minorité et que plus des $\frac{2}{3}$ ont un poids de naissance supérieur à 2000 grammes.

4° Anomalies obstétricales diverses

54 enfants sont issus de mères qui ont présenté les diverses anomalies d'ordre obstétrical suivantes :

Malformation utérine.	7
Vice de position de l'utérus (antéversion)	2
Kyste de l'ovaire opéré au cours de la gestation.	1
Laparotomie exploratrice au cours de la gestation.	1
Cancer du col	1
Fibrome	5
Infection des voies génitales	37

Sur ces 54 enfants, 11 sont nés morts ou sont décédés avant le 1^{er} mois.

Ces enfants appartenaient, à la naissance, aux catégories pondérales suivantes :

- moins de 1500 gr. : **3** — 3 sont morts : 2 dans les 3 jours, 1 dans le 1^{er} mois ;
- de 1500 à 1800 gr. : **2** — 1 est mort : dans les heures qui ont suivi sa naissance ;
- de 1800 à 2000 gr. : **5** — 2 sont morts : 1 au cours du travail, 1 dans les 10 jours ;
- de 2000 à 2500 gr. : **10** — 1 est mort : avant le 10^e jour ;
- de 2500 à 3000 gr. : **34** — 4 sont morts : 3 pendant le travail, 1 avant le 3^e jour.

Nous avons classé ces troubles pathologiques en quatre groupes :

A. — Etats pathologiques gravidiques.....	86
B. — Infections { Aiguës.....	72
{ Chroniques { Syphilis.....	111
{ Tuberculose...	133
C. — Maladies générales diverses.....	40
D. — Maladies associées.....	39
E. — Etats pathologiques déterminés ou non ayant abouti au développement d'enfants malformés.....	26

Nous avons classé ici 86 observations concernant des femmes qui ont présenté des signes appartenant à l'état pathologique général de la fin de la gestation habituel-

lement dit « toxémique » dont les caractères essentiels sont : l'albuminurie, l'hypertension artérielle et l'œdème.

Cet état « toxémique » présentant dans ses manifestations et dans son intensité des variations considérables nous avons classé ces 86 observations en 3 groupes.

1^{er} GROUPE. — Albuminuries légères : 43 cas.

Les malades de ce groupe présentaient au moment de l'accouchement des traces d'albumine, ou avaient présenté, au cours de la gestation, une albuminurie plus importante qui, sous l'influence du régime, avait considérablement rétrocedé au début du travail.

Les enfants de ce groupe appartenaient aux catégories pondérales suivantes :

moins de 1500 gr. : **2** — 1 est mort dans les heures qui ont suivi la naissance ;

de 1500 à 1800 gr. : **2** ;

de 1800 à 2000 gr. : **0** ;

de 2000 à 2500 gr. : **7** — 1 est mort au cours du travail ;

de 2500 à 3000 gr. : **32**.

2^e GROUPE. — Albuminuries importantes au moment du travail : 13 cas.

Les malades de ce groupe présentaient des albuminuries notables, soit par la quantité, soit par la résistance au traitement. Aucune, au moment du travail, n'avait d'hypertension artérielle.

Les enfants de ces femmes appartenaient aux catégories pondérales suivantes :

moins de 1500 gr. : **1** — 1 est mort dans les heures qui ont suivi sa naissance ;
de 1500 à 1800 gr. : **1** — 1 est mort au cours du travail ;
de 2000 à 2500 gr. : **3** ;
de 2500 à 3000 gr. : **8** — 2 sont morts : 1 pendant la gestation, 1 dans les 10 jours.

3^e GROUPE. — Albuminuries accompagnées d'hypertension artérielle ou compliquées de crises convulsives : 30 cas.

moins de 1500 gr. : **4** — 4 sont morts : 1 in utéro, 1 pendant le travail, 1 dans les 10 jours, 1 le 11^e jour ;
de 1500 à 1800 gr. : **4** — 2 sont morts : in utéro.
de 1800 à 2000 gr. : **2** — 1 est mort : au cours du travail ;
de 2000 à 2500 gr. : **13** — 2 sont morts : dans la 1^{re} décade ;
de 2500 à 3000 gr. : **7** — 1 est mort : avant le 3^e jour.

Notons que, dans les deux dernières catégories, les enfants de moins de 2000 gr. sont au nombre de 12 sur 43, alors que dans le 1^{er} groupe qui correspond aux mères les moins atteintes, on trouve 4 enfants de moins de 2000 sur 43.

Notons aussi que, dans les deux derniers groupes, nous relevons 14 morts sur 43, alors, que dans le premier nous ne trouvons que 2 morts sur 43.

Il semble par conséquent que :

1° Les états toxémiques apparemment légers, laissent évoluer presque toujours la gestation, suffisamment

pour que les enfants naissent avec un poids supérieur à 2 kg. ;

2° Les états « toxémiques » apparemment plus sérieux, déterminent une interruption plus précoce de la gestation, et qu'ils sont peut-être capables de déterminer chez l'enfant une débilité qui se traduit par une mortalité importante, quelle que soit la catégorie pondérale des enfants.

B. — Infections aiguës

72 enfants sont issus de mères qui au moment de leur accouchement, ou peu de temps avant le déclenchement du travail, ont été atteintes d'infections aiguës.

Ces infections ont revêtu une gravité très variable. Nous nous sommes attachée, cependant, à ne conserver que les cas dans lesquels une réaction fébrile a témoigné de l'atteinte générale de l'organisme maternel.

Nous avons classé ces 72 cas sous les rubriques suivantes :

α) ETATS FÉBRILES

Accompagnés ou non d'angines ou de phénomènes pulmonaires et souvent qualifiés « gripes » : 28 cas.

Les enfants de ces femmes pesaient à la naissance :
moins de 1500 gr. : **3** — 3 sont morts : 1 au cours du travail, 1 dans la 1^{re} décade, 1 avant le 1^{er} mois ;
de 1500 à 1800 gr. : **1** — 1 est mort avant le 1^{er} mois ;
de 1800 à 2000 gr. : **2** — 2 sont morts 1 au cours du travail, 1 dans la 1^{re} décade ;

de 2000 à 2500 gr. : **9** — 1 est mort avant la fin du 1^{er} mois ;

de 2500 à 3000 gr. : **13** — 2 sont morts : 1 au cours du travail, 1 dans la 1^{re} décade.

b) LES PYÉLONÉPHRITES

Nous en avons relevé 36 cas, dont les enfants se répartissent de la façon suivante :

moins de 1500 gr. : **4** — 3 sont morts : 1 *in utéro*, 2 dans les heures qui ont suivi la naissance ;

de 1500 à 1800 gr. : **1** — 1 est mort 1 heure après ;

de 1800 à 2000 gr. : **1** — 1 est mort macéré ;

de 2000 à 2500 gr. : **9** — 2 sont morts : 1 *in utéro*, 1 avant 10 jours ;

de 2500 à 3000 gr. : **21** — 2 sont morts : 1 au cours du travail, 1 avant le 1^{er} mois.

c) LES APPENDICITES

6 cas, parmi lesquels 3 cas d'appendicites récentes opérées avant l'accouchement, 3 cas d'appendicites anciennes opérées au cours de la gestation.

Les enfants de ces femmes appartenaient aux catégories pondérales suivantes :

moins de 1500 gr. : **1** — 1 est mort au cours du travail ;

de 2000 à 2500 gr. : **3** — 1 est mort avant le 3^e jour ;

de 2500 à 3000 gr. : **2**.

d) RHUMATISME GONOCOCCIQUE

2 cas.

de 1500 à 1800 gr. : 1 — 1 est mort dans les 10 jours ;

de 1800 à 2000 gr. : 1.

B bis. — Infections chroniques

Nous avons retenu dans le groupe des infections chroniques, la syphilis et la tuberculose.

Le nombre d'enfants issus de femmes syphilitiques et tuberculeuses est, à la clinique, anormalement élevé, du fait de l'existence d'un dispensaire antisiphilitique, et d'un centre spécial de prophylaxie tuberculeuse.

a) LA SYPHILIS

Les critères du diagnostic de syphilis sont sujets à discussion. Nous avons classé nos observations en trois groupes, suivant que le diagnostic nous est apparu comme absolument démontré : cliniquement quasi certain, cliniquement assez probable.

Premier groupe : syphilis « absolument démontrée ».

Nous avons classé ici les cas dans lesquels existaient, en général associés, les signes suivants :

a) Evolution actuelle, chez un des procréateurs, d'une syphilis floride cutanéomuqueuse ;

b) Notion d'une contamination certaine d'un des procréateurs ;

c) Réactions sérologiques positives ;

d) Evolution actuelle ou traces certaines d'évolution d'une syphilis virulente chez le fœtus, et plus particulièrement d'une syphilis cutanée.

Deuxième groupe : Le diagnostic de syphilis repose sur des bases de très grande probabilité clinique.

Nous avons, ainsi, classé les cas où on a constaté associés, le plus souvent, les signes suivants :

a) Signes classiques d'hérédité chez les procréateurs, tels que dystrophies osseuses et dentaires ou notion d'une paralysie générale progressive, ou d'un tabès chez le père ou la mère des procréateurs ;

b) Notions d'avortement ou d'accouchement prématuré à répétitions associées à un autre signe de cette série ;

c) Signes de lésions ovulaires graves tels qu'hydramnios aigu, associés à un, au moins, des signes de présomption énumérés ci-dessus ;

d) Signes de lésions viscérales chez le fœtus et plus particulièrement splénomégalie constatée à la naissance.

Troisième groupe : Nous avons considéré que le diagnostic de syphilis reposait « sur des signes importants de présomption » dans les cas, où deux, au moins, des signes suivants se trouvent associés :

a) Dystrophies ou malformations constatées chez les collatéraux de l'enfant ;

b) Polymortalité fœtale, avortements et accouchements prématurés multiples ;

c) Signes traduisant l'évolution pathologique de l'œuf

dont est issu l'enfant décédé, tels que hydramnios et hypertrophie placentaire.

Il est possible que, dans ce dernier groupe, nous ayons classé comme syphilitiques, quelques enfants qui sont indemnes, mais, en revanche, étant donné la sévérité avec laquelle nous avons effectué la critique de nos observations, nous avons la conviction d'avoir éliminé nombre de syphilis congénitales dont la preuve n'a pu être faite pendant le séjour des enfants à la clinique.

Nous avons relevé au total 111 cas de syphilis.

1° Sur ces 111 cas nous avons eu 72 cas de « syphilis avérés ».

Les enfants pesaient à la naissance :

moins de 1500 gr. : **4** — 4 sont morts : 1 in utéro, 3 dans les 3 jours ;

de 1500 à 1800 gr. : **2** — 2 sont morts : 2 in utéro ;

de 1800 à 2000 gr. : **3** — 3 sont morts : 2 in utéro, 1 dans le 1^{er} mois ;

de 2000 à 2500 gr. : **19** — 9 sont morts : 2 in utéro, 3 dans les 3 jours, 2 dans les 10 jours, 1 au cours du 1^{er} mois, 1 avant sa sortie ;

de 2500 à 3000 gr. : **44** — 4 sont morts : 3 in utéro, 1 dans les 10 jours ;

Sur 72 mères, **39** ont été traitées.

2° Nous avons relevé 15 cas de syphilis cliniquement quasi certaines.

Les enfants pesaient à la naissance :

moins de 1500 gr. : **2** — 2 sont morts in utéro ;

de 1500 à 1800 gr. : **2** — 2 sont morts dans les 3 jours ;

de 1800 à 2000 gr. : 0

de 2000 à 2500 gr. : 4 — 2 sont morts in utéro ;

de 2500 à 3000 gr. : 7 — 3 sont morts : 1 in utéro, 1 dans les 3 jours, 1 dans le 1^{er} mois.

Sur les 15 mères, 4 ont été traitées.

3° Nous avons relevé 24 cas de syphilis, cliniquement assez probables.

Les enfants pesaient à la naissance :

moins de 1500 gr. : 4 — 4 sont morts : 2 in utéro, 2 dans les 3 jours ;

de 1500 à 1800 gr. : 0 ;

de 1800 à 2000 gr. : 3 — 2 sont morts : 1 in utéro, 1 dans les 3 jours ;

de 2000 à 2500 gr. : 1 — 1 est mort dans les 3 jours ;

de 2500 à 3000 gr. : 16 — 6 sont morts : 4 in utéro, 1 pendant le travail, 1 dans les 10 jours.

Sur ces 24 mères, 13 ont été traitées.

b) LA TUBERCULOSE

133 enfants issus de mères tuberculeuses sont nés prématurément.

Sur ce nombre :

9 pesaient à la naissance moins de 1500 gr.

6 pesaient à la naissance de 1500 à 1800 gr.

7 pesaient à la naissance de 1800 à 2000 gr.

31 pesaient à la naissance de 2000 à 2500 gr.

80 pesaient à la naissance de 2500 à 3000 gr.

Nous avons cherché à connaître l'influence que

pouvait présenter, sur la prématuration, la forme évolutive de la tuberculose.

I. — 54 enfants sont nés de mères dont la tuberculose a subi une poussée évolutive pendant la gestation.

37 d'entre eux sont morts, dont 14 après le 1^{er} mois ;

7 sont sortis vivants ;

16 femmes sont décédées à la clinique, après accouchement.

Ces 54 enfants pesaient à la naissance :

moins de 1500 gr. : **7** — 7 sont morts : 2 in utéro, 3 pendant le travail, 2 dans la 1^{re} décade.

Sur 7 femmes, 5 sont décédées avant leur sortie de la maternité.

de 1500 à 1800 gr. : **4** — 4 sont morts : 1 avant le 3^e jour, 3 après le 1^{er} mois et avant leur sortie ;

Sur 4 femmes, 4 sont décédées avant leur sortie de la maternité :

de 1800 à 2000 gr. : **5** — 5 sont morts : 1 in utéro, 1 avant le 3^e jour, 3 avant leur sortie après le 1^{er} mois.

Sur 5 mères, 1 est décédée à la maternité.

de 2000 à 2500 gr. : **13** — 10 sont morts : 1 avant le 3^e jour, 2 dans la 1^{re} décade, 4 avant le 1^{er} mois, 3 après le 1^{er} mois, avant leur sortie.

Sur 13 mères, 4 sont décédées à la maternité.

de 2500 à 3000 gr. : **25** — 11 sont morts : 1 in utéro, 1 avant le 3^e jour, 2 avant le 10^e jour, 2 avant le 1^{er} mois, 5 après le 1^{er} mois, avant leur sortie.

Sur 25 mères, 2 sont décédées avant leur sortie de la maternité.

II. — 79 enfants sont nés de mères dont la tuberculose a eu une allure plus ou moins torpide pendant la gestation :

19 d'entre eux sont morts dont 6 après le 1^{er} mois.

1 seule femme est morte à la maternité :

Ces 79 enfants pesaient à la naissance :

moins de 1500 gr. : **2** — 2 sont morts : 1 avant le 3^e jour,
1 avant le 10^e jour ;

de 1500 à 1800 gr. : **2** — 2 sont morts : 1 avant le 3^e
jour, 1 au cours du 1^{er} mois ;

de 1800 à 2000 gr. : **2** — 2 sont morts pendant le 1^{er} mois.

de 2000 à 2500 gr. : **18** — 5 sont morts : 2 avant 10 jours,
1 pendant le 1^{er} mois, 2 après le 1^{er} mois.

de 2500 à 3000 gr. : **55** — 8 sont morts : 4 pendant le 1^{er}
mois, 4 après le 1^{er} mois.

La simple comparaison des nombres d'enfants très prématurés de moins de 2000 gr. dans l'un et l'autre des deux groupes des femmes tuberculeuses montre que les mères dont la maladie présente des poussées évolutives fébriles pendant leur gestation accouchent prématurément beaucoup plus souvent que celles dont la maladie reste inactive ou évolue de façon torpide.

Chez les premières, 16 enfants sur 54 soit 30 % naissent avec un poids inférieur à 2000 gr. ; tandis que chez les secondes, 6 enfants seulement sur 79 soit 7,6 %, naissent avec un poids inférieur à 2 kg.

La mortalité des prématurés dans l'un et l'autre groupe est d'ailleurs fort différente puisque dans le premier nous relevons 37 morts sur 54 tandis que dans le second elle n'est que de 19 sur 79.

C. — Maladies générales

Nous avons réuni dans ce chapitre 40 observations se répartissant de la façon suivante :

6 CAS DE NÉPHRITES CHRONIQUES.

Les enfants pesaient :

moins de 1500 gr. : **1** — 1 est mort in utéro ;
de 1500 à 1800 gr. : **1** ;
de 1800 à 2000 gr. : **1** ;
de 2000 à 2500 gr. : **1** ;
de 2500 à 3000 gr. : **2**.

16 CAS DE CARDIOPATHIES (Rétrécissement mitral. Insuffisance aortique. Maladie mitrale).

Les enfants nés de ces cardiopathies pesaient :

de 1500 à 1800 gr. : **1** — 1 est mort avant le 10^e jour ;
de 1800 à 2000 gr. : **2** ;
de 2000 à 2500 gr. : **4** — 1 est mort au cours du 1^{er} mois.
de 2500 à 3000 gr. : **9**.

18 CAS D'AFFECTIONS MÉDICALES DIVERSES.

Les enfants pesaient :

de 1500 à 1800 gr. : **1** ;
de 2000 à 2500 gr. : **5** — 2 sont morts : 1 in utéro, 1 le 1^{er} mois ;
de 2500 à 3000 gr. : **12**.

D. — Maladies associées

Nous avons relevé 20 cas, dans lesquels les affections médicales précédentes (cardiopathie, tuberculose, etc...) se sont associées entre elles, ou ont coexisté avec des infections aiguës. Nous avons classé à part les cas dans lesquels il y a eu association avec la syphilis.

Les enfants nés de ces femmes pesaient à leur naissance :

moins de 1500 gr. : **1** — 1 est mort dans les 3 jours ;
de 1500 à 1800 gr. : **3** — 2 sont morts dans les 3 jours.
de 2000 à 2500 gr. : **5** — 2 sont morts : 1 in utéro,
1 après le 10^e jour.
de 2500 à 3000 gr. : **11** ;

Cas particuliers des syphilis associées à une autre affection médicale.

Dans 19 cas, une syphilis est associée à d'autres états pathologiques dont certains sont peut-être susceptibles d'être considérés comme des complications de l'infection tréponémique (albuminuries, néphrites chroniques, etc.)

Les enfants nés de ces femmes pesaient à la naissance :
moins de 1500 gr. : **2** — 2 sont morts : 1 in utéro, 1 au cours du 1^{er} mois ;
de 1500 à 1800 gr. : **4** — 2 sont morts : 2 macérés ;
de 1800 à 2000 gr. : **2** — 2 sont morts : 2 avant leur sortie ;
de 2000 à 2500 gr. : **1** ;
de 2500 à 3000 gr. : **10** — 1 est mort le 3^e jour.

Sur ces 19 cas de syphilis :

dans 6 cas il s'agissait de syphilis avérée ;
dans 6 cas il s'agissait de syphilis dont le diagnostic reposait sur des signes de très grande probabilité clinique ;
dans 7 cas, il s'agissait de syphilis, dont le diagnostic était basé sur d'importants signes de présomption.

**E. — Prématurés issus de mères atteintes
d'une affection connue ou inconnue ayant abouti
à la production d'une malformation
congénitale**

Ces enfants, au nombre de 26, présentaient presque tous des malformations sérieuses, en général incompatibles avec la vie.

Sur ces 26 malformés, 21 sont morts à la clinique.

Parmi ces enfants :

8 sont nés de mères malades ; ils pesaient :

de 2000 à 2500 gr. : **4** — 3 sont morts : 2 in utéro, 1 dans les 3 premiers jours ;

de 2500 à 3000 gr. : **4** — 3 sont morts : 1 pendant le travail, 2 avant la sortie.

Sur ces 8 enfants — 4 sont nés de mères syphilitiques :

1 fois la syphilis était avérée ;

3 fois le diagnostic reposait sur des signes de très grande présomption.

— 18 sont nés de mères apparemment saines, sans tares obstétricales.

Ils pesaient :

moins de 1500 gr. : **2** — 2 sont morts 1 in utéro, 1 dans les 3 jours.

de 1500 à 1800 gr. : **1** — 1 est mort in utéro ;

de 2000 à 2500 gr. : **5** — 4 sont morts : 2 in utéro, 1 pendant le travail, 1 dans les 10 jours ;

de 2500 à 3000 gr. : **10** — 7 sont morts : 2 in utéro, 3 dans les 3 jours, 1 dans les 10 jours, 1 dans le 1^{er} mois.

III. — LES PRÉMATURATIONS A CAUSES COMPLEXES

109 enfants sont issus de mères porteuses à la fois d'une des maladies obstétricales, et d'une des affections médicales que nous avons étudiées dans les chapitres précédents.

Les enfants de ces femmes pesaient à la naissance :
moins de 1500 gr. : **6** — 6 sont morts : 3 in utéro, 1 pendant le travail, 2 avant le 3^e jour.

de 1500 à 1800 gr. : **8** — 7 sont morts : 3 pendant le travail, 2 avant le 3^e jour, 1 avant le 10^e jour, 1 avant le 1^{er} mois.

de 1800 à 2000 gr. : **7** — 2 sont morts : 1 avant le 3^e jour, 1 avant le 10^e jour.

de 2000 à 2500 gr. : **29** — 7 sont morts : 4 macérés, 1 pendant le travail, 2 avant 10 jours.

de 2500 à 3000 gr. : **59** — 5 sont morts : 2 in utéro, 1 pendant le travail, 1 avant le 10^e jour, 1 avant le 1^{er} mois.

Dans ces 109 observations, la syphilis intervient dans 32 cas.

Dans 9 cas, il s'agissait de syphilis avérée : 3 enfants sont morts.

Dans 12 cas, il s'agissait de syphilis dont le diagnostic reposait sur des signes de très grande probabilité clinique : 4 enfants sont morts.

Dans 11 cas, il s'agissait de syphilis, dont le diagnostic était basé sur d'importants signes de présomption : 5 enfants sont morts.

IV. — LES PRÉMATURATIONS QUI N'ONT PU ÊTRE ATTRIBUÉES A AUCUNE CAUSE PRÉCISE

Nous n'avons trouvé aucune cause *d'ordre mécanique ou pathologique* susceptible d'expliquer la prématuration de 552 enfants.

Ces enfants pesaient à la naissance :

moins de 1500 gr. : **9** — 8 sont morts : 2 in utéro, 1 dans les 3 jours, 4 dans les 10 jours, 1 pendant le 1^{er} mois ;

de 1500 à 1800 gr. : **12** — 5 sont morts : 1 in utéro, 2 dans les 3 jours, 2 dans les 10 jours ;

de 1800 à 2.000 gr. : **27** — 14 sont morts : 2 in utéro, 1 pendant le travail, 2 dans les 3 jours, 4 dans les 10 jours, 4 pendant le 1^{er} mois, 1 avant la sortie.

de 2000 à 2500 gr. : **97** — 19 sont morts : 3 in utéro, 1 pendant le travail, 2 dans les 3 jours, 7 dans les 10 jours, 6 pendant le 1^{er} mois.

de 2500 à 3000 gr. : **407** — 15 sont morts : 2 in utéro, 5 pendant le travail, 2 dans les 3 jours, 2 dans les 10 jours, 4 pendant le 1^{er} mois.

CHAPITRE II

LES ENFANTS ISSUS DE GESTATIONS DOUBLES (JUMEAUX)

142 jumeaux pesaient, à leur naissance, un poids inférieur à 3000 gr... Pour 12 d'entre eux, nous n'avons pu recueillir des renseignements suffisants. Nous ne ferons donc état que de 130 observations.

I. — JUMEAUX BIVITELLINS

Parmi ces 130 jumeaux, 94 étaient bivitellins.

52 sont nés de mères apparemment saines.

Ces enfants pesaient à la naissance :

moins de 1500 gr. : **3** — 1 est mort pendant le 1^{er} mois ;

de 1500 à 1800 gr. : **8** — 1 est mort in utéro ;

de 1800 à 2000 gr. : **5** — 3 sont morts : 1 in utéro, 2 pendant le 1^{er} mois ;

de 2000 à 2500 gr. : **23** — 6 sont morts : 3 in utéro, 2 dans les 10 jours ;

de 2500 à 3000 gr. : **13** — 1 est mort pendant le travail.

42 sont nés de mères malades.

Ils pesaient à la naissance :

moins de 1500 gr. : **12** — 12 sont morts : 4 in utéro, 1 pendant le travail, 1 dans les 3 jours, 5 dans les 10 jours, 1 pendant le 1^{er} mois ;

de 1800 à 2000 gr. : **1**

de 2000 à 2500 gr. : **19** — 5 sont morts : 1 pendant le travail, 1 dans les 3 jours, 2 dans les 10 jours, 2 pendant le 1^{er} mois ;

de 2500 à 3000 gr. : **10** — 4 sont morts : 1 pendant le travail, 1 dans les 10 jours, 2 pendant le 1^{er} mois.

Parmi ces 42 enfants : 6 sont nés de mères porteuses d'une syphilis avérée, dont :

2 d'entre eux sont morts : 1 pendant le travail, 1 avant sa sortie.

II. — JUMEAUX UNIVITELLINS

36 jumeaux étaient univitellins.

15 sont nés de mères apparemment saines.

Ils pesaient à la naissance :

moins de 1500 gr. : **1** — 1 est mort dans les 3 jours ;

de 1500 à 1800 gr. : **3** — 3 sont morts pendant le 1^{er} mois ;

de 1800 à 2000 gr. : **1** — 1 est mort pendant le travail ;

de 2000 à 2500 gr. : **2** — 1 est mort ; dans les 10 jours ;

de 2500 à 3000 gr. : **8** — 2 sont morts : 1 in utéro, 1 pendant le travail.

21 sont nés de mères malades.

Ils pesaient à la naissance :

de 1800 à 2000 gr. : **4** — 1 est mort : avant sa sortie ;

de 2000 à 2500 gr. : **11** — 3 sont morts : 2 pendant le travail, 1 pendant le 1^{er} mois ;

de 2500 à 3000 gr. : **6**

Parmi ces 36 jumeaux, *17 sont nés de mères atteintes de syphilis :*

9 avaient une syphilis avérée ;

3 avaient une syphilis dont le diagnostic repose sur des signes de très grande probabilité clinique ;

5 avaient une syphilis dont le diagnostic repose sur d'importants signes de présomptions.

Sur ces 17 enfants, 6 sont morts : 1 in utéro, 1 pendant le travail, 2 dans les 3 jours, 2 dans les 10 jours.

DEUXIÈME PARTIE

LES NOTIONS QUI SE DÉGAGENT DE NOTRE STATISTIQUE

De l'étude analytique que nous venons de faire nous essaierons de dégager :

1° Les grandes causes de la prématuration et de la débilité congénitale ;

2° Quelques notions sur la mortalité précoce des prématurés et des débiles et en particulier l'influence de la cause de la prématuration sur la mortalité.

Le tableau ci-dessous résume les données étiologiques essentielles fournies par la statistique que nous avons dressée

Poids des Enfants	Causes obstétricales = 663 : 36,3 %					Causes médicales = 507 : 27,6 %					Causes complexes II 109 : 5,8 %	Jumeaux 1,42 : 7,1 %	Causes inconnues 552 : 30,1 %
	Hgtes (1)	R. P. M. (2)	I. B. (3)	Divers	E. P. G (4)	Inf. Aig. (5)	Σ (6)	Tub. (7)	Maladies	Malf. (8)			
Moins de 1500 (105)	45	8	7	3	7	81	40	9	4	2	6	17	9
15/1800 (96)	14	7	8	2	7	3	4	6	40	1	8	14	12
18/2000 (94)	8	7	1	5	2	4	6	7	5	0	7	15	27
21/2500 (454)	22	79	36	10	23	21	24	31	16	9	29	57	97
25/3000 (1227)	21	235	144	34	47	36	67	80	44	14	59	39	407
Totaux.....	80	336	196	54	86	72	111	133	79	26	109	142	552
									dont 19 Σ	dont 4 Σ	dont 32 Σ	dont 23 Σ	

(1) Hémorragies.

(2) Rupture prématurée des membranes.

(3) Insertion basse.

(4) Etats pathologiques gravidiques.

(5) Infections aiguës.

(6) Syphilis.

(7) Tuberculose.

(8) Malformations.

CHAPITRE I

I. — LES GRANDES CAUSES DE LA PRÉMATURATION ET DE LA DÉBILITÉ CONGÉNITALE

Si nous mettons à part les jumeaux qui entrent dans le total de nos observations pour 7,1 % nous constatons ainsi qu'il existe deux grandes catégories de causes entre lesquelles se partage, dans les cas où nous avons cru possible de la déterminer, l'étiologie de la prématuration et de la débilité : Ce sont :

- 1° Des causes médicales dans 26,3 % des cas ;
- 2° Des causes obstétricales dans 36,3 % des cas.

A. — Les états pathologiques d'ordre médical

Ils atteignent la femme en état de gestation, et sont nombreux. Nous en retiendrons trois pour les discuter : les états pathologiques gravidiques, la syphilis, la tuberculose ;

I. — LES ÉTATS PATHOLOGIQUES GRAVIDIQUES.

Nous avons trouvé 86 femmes porteuses d'un des signes de la série dite « toxémique » qui se caractérise par l'albuminurie, l'hypertension, accompagnées ou non de crises éclamptiques convulsives. Nous avons trouvé en outre 27 malades chez lesquelles un de ces signes était associé à une autre cause possible de prématuration médicale ou obstétricale.

Au total, les états pathologiques gravidiques ne peuvent être accusés d'avoir déterminé la débilité congénitale que dans 113 cas (jumeaux exclus) ; ce qui représente 18,3 % des affections médicales ayant compliqué la puerpéralité et 6,1 % du nombre total de nos observations (jumeaux exclus).

II. — LA SYPHILIS.

La syphilis occupe le 1^{er} rang des affections présentées par les mères des débiles et des prématurés. Nous l'avons trouvée dans 189 cas : seule dans 111 cas ; associée à d'autres états pathologiques dans 55 cas ; associée à une jémellité dans 23 cas.

Nous avons considéré, d'après les critères que nous avons énumérés plus haut, que :

- dans 103 cas, le diagnostic de syphilis reposait sur des signes de certitude absolue ;
- dans 36 cas, le diagnostic de syphilis reposait sur des signes de très grande probabilité clinique ;
- dans 42 cas, le diagnostic de syphilis reposait sur des signes de très sérieuses présomptions.

La syphilis apparaît donc comme la première de toutes les causes médicales qui sont susceptibles d'engendrer la prématuration ou la débilité congénitale puisqu'elle représente plus de 26 % des affections médicales que nous avons rencontrées. De là, cependant il ne serait pas exact d'inférer qu'elle a déterminé un nombre absolu très élevé d'accouchements prématurés.

Sur l'ensemble de nos 1976 observations (jumaux compris) nous ne la voyons intervenir que dans 9,5 % des cas.

Remarquons que ce chiffre comprend toutes les syphilis rencontrées chez les mères des prématurés ou des débiles, que ceux-ci soient nés vivants ou morts.

Remarquons également que ce n'est pas le fait de considérer comme prématurés ou débiles tous les enfants de moins de 3 kg. qui nous amène à trouver une proportion aussi basse d'enfants syphilitiques.

La proportion reste sensiblement identique, lorsque l'on ne fait porter les calculs que sur les enfants pesant moins de 2500 gr.

Cette proportion de débilités congénitales attribuables à la syphilis peut paraître faible. Ce fait est probablement dû :

1° à ce que nous avons adopté des critères très précis de diagnostic et que nous avons rejeté tous les diagnostics d'impression ou de présomption trop vagues.

2° à ce que la très grande majorité des syphilitiques qui accouchent à la clinique Baudelocque reçoivent un traitement et accouchent à terme de telle sorte que les prématurés observés dans ce service et qui sont issus

de femmes syphilitiques représentent seulement soit des échecs du traitement, soit des enfants qui n'ont pu être dépistés en temps utile par l'organisation prophylactique.

De cette dernière éventualité, nous trouvons une preuve dans ce fait que la moitié des nouveau nés syphilitiques que nous avons observés étaient nés de mères qui n'avaient reçu aucun traitement spécifique.

III. — LA TUBERCULOSE.

D'après les chiffres que nous avons donnés dans la première partie de ce travail, nous voyons figurer la tuberculose au 2^e rang des affections qui ont atteint les mères des prématurés et des débiles, puisqu'elle représente 26 % des affections médicales constatées au cours de la grossesse, et 7,2 % de l'ensemble des causes que nous avons pu attribuer à la prématuration et à la débilité congénitale.

Il n'y a pas lieu de retenir cependant la tuberculose comme une cause essentielle de prématuration. Elle présente à la clinique Baudelocque une fréquence très anormale, du fait que cette maternité comporte un centre de prophylaxie antituberculeuse.

Nous noterons seulement que les femmes atteintes de tuberculose pulmonaire sont susceptibles, assez souvent, d'accoucher d'enfants de petits poids prématurés ou débiles.

B. — Causes obstétricales

Nous pouvons retenir trois causes dont l'importance est très inégale.

- 1° La rupture prématurée des membranes ;
- 2° Les insertions vicieuses ;
- 3° Les hémorragies.

I. — LA RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES.

La rupture prématurée des membranes est numériquement très importante puisqu'elle représente plus de 50 % des cas où la prématuration a été attribuée à une cause obstétricale. Elle causerait ainsi plus de 18 % du nombre total des prématurations.

Mais cette importance numérique est, dans une large mesure, compensée par le fait que cette cause détermine dans la très grande majorité, l'accouchement à un stade déjà avancé de la gestation. Plus de 93 % des enfants naissent avec un poids supérieur à 2000 gr. et près de 70 % avec un poids inférieur à 2 kg. 500.

II. — LES HÉMORRAGIES.

Les hémorragies de la gestation constituent une cause beaucoup plus rare. Mais les 80 observations que nous avons dépouillées nous ont démontré que ces hémorragies déterminaient avec une grande fréquence, une interruption très précoce de la grossesse. Près de la moitié des enfants naissent avec un poids inférieur à 2 kg.

III. — INSERTION BASSE DU PLACENTA SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR.

L'insertion basse qui ne se complique ni d'hémorragie ni de rupture prématurée des membranes a été fréquemment trouvée dans nos observations. On peut discuter, dans ces cas, l'influence du siège de l'insertion placentaire sur le déclenchement prématuré du travail : Nous n'avons aucune preuve probante de cette action, nous l'avons seulement estimée possible en admettant toutefois qu'il n'aurait pas été illogique de classer les 196 cas portés par nous sous cette rubrique, dans la catégorie déjà très vaste des prématurations que nous n'avons su attribuer à aucune cause précise.

C. — Les prématurations en apparence inexplicables.

Le rôle général du surmenage au cours de la gestation

La proportion des cas dans lesquels nous n'avons pu attribuer la prématuration ou la débilité congénitale à aucune cause pathologique de quelqu'ordre que ce soit, s'élève à 30,1 % du nombre total de nos observations. (jumeaux exclus). Cette proportion est considérable et si nous y ajoutons pour le motif que nous avons indiqué les 196 cas du groupe précédent, nous atteignons une proportion de plus de 47 %.

Ce fait exige quelques commentaires. L'examen détaillé des observations nous amène à supposer que nous avons classé dans ce groupe, des enfants appartenant en réalité à deux catégories très différentes.

1° Des enfants qui sont nés avec un très petit poids mais qui sont en réalité nés à terme. Ce sont des enfants de petite race qui n'ont été englobés dans notre étude qu'en raison de l'impossibilité où nous nous sommes trouvé de les différencier avec certitude des prématurés vrais. Nous trouvons un argument en faveur de cette hypothèse dans le fait que la grande majorité des nouveau-nés compris dans ce chapitre appartiennent à la catégorie pondérale de 2500 à 3000 gr. et que leur mortalité est très faible 3,7 % ;

2° Des enfants réellement nés prématurément et pour lesquels la cause médicale de la prématuration nous a réellement échappé.

Il est probable, en particulier, que dans un certain nombre de cas, la syphilis a pu jouer un rôle. C'est ainsi que 103 d'entre les mères de ces enfants avaient déjà présenté des accouchements prématurés ou des avortements antérieurs.

En l'absence de signes capables d'étayer plus sérieusement la suspicion qui se dégage de ces antécédents, nous avons préféré n'attribuer aucune cause à la prématuration.

De même, le manque de renseignements précis nous a conduit à ne prendre en considération aucunes tares paternelles que nous avons trouvé mentionnées dans les observations.

Sans nier l'intervention possible des facteurs pathologiques qui ont pu rester méconnus, nous pensons qu'il convient de faire intervenir, pour expliquer dans la

plupart des cas la naissance prématurée de ces enfants, un autre élément : le surmenage de la mère au cours de la gestation.

Bien plus, nous pensons que le surmenage vient dans nombre de cas, aggraver l'action de beaucoup des causes que nous avons étudiées, et en particulier l'action des causes obstétricales.

Le P^r A. Pinard (1) a calculé le poids moyen des enfants nés à la clinique Baudelocque, de femmes, ayant travaillé jusqu'à leur accouchement — s'étant reposées dix jours au refuge de l'avenue du Maine, — s'étant reposées plus de dix jours au dortoir de la clinique. :

500 enfants nés de mères ayant travaillé jusqu'à leur accouchement, présentent un poids moyen de	3010 gr.
500 enfants nés de mères ayant séjourné au moins dix jours au refuge de l'Avenue du Maine ont un poids moyen de . . .	3229 gr.
500 enfants nés de mères ayant séjourné au dortoir de la clinique ont un poids moyen de	3366 gr.

François J. Bachimont (2) à l'instigation de A. Pinard a classé, d'après leurs professions plus ou moins fatigantes et la durée du repos qu'elles ont pris au cours de leur gestation, 4455 observations de femmes qui ont accouché à la clinique Baudelocque et à la maternité de

(1) A. PINARD. — Rapport sur la puériculture dans ses périodes initiales (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1903, t. LIX, p. 93).

(2) FR. J. BACHIMONT. — Documents pour servir à l'histoire de la puériculture intra-utérine (*Thèse Paris*, 1898).

Tourcoing. Sa conclusion essentielle est que le poids de l'enfant d'une femme qui s'est reposée 2 à 3 mois est supérieur d'au moins 300 gr. à celui de l'enfant d'une femme qui a travaillé debout jusqu'à l'accouchement.

Un autre élève de A. Pinard, L. Letourneur (1) a particulièrement étudié l'influence de la profession.

Professions fatigantes :

sans repos : poids moyen des enfants 3081 gr.

avec repos : poids moyen des enfants 3319 gr.

Professions non fatigantes :

sans repos : poids moyen des enfants 3130 gr.

avec repos : poids moyen des enfants 3318 gr.

A. Bachimont (2) a établi de même l'influence du repos de la mère sur le poids des jumeaux :

Enfants des femmes qui se reposent :

poids moyen du 1^r enfant 2640 gr.

poids moyen du 2^e enfant 2580 gr.

Enfants des femmes qui ne se reposent pas :

poids moyen du 1^{er} enfant 2030 gr.

poids moyen du 2^e enfant 2026 gr.

Citons encore le travail de Auby (3) qui, passant des faits généraux aux faits particuliers, démontre que dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, les hémorragies, les ruptures prématurées des membranes et par conséquent l'accouchement avant terme, sont très net-

(1) L. LETOURNEUR. — De l'influence de la profession de la mère sur le poids de l'enfant (*Thèse Paris*, 1897).

(2) BACHIMONT. — De la puériculture intra-utérine au cours des grossesses gemellaires (*Thèse Paris*, 1899).

(3) A. AUBY. — De l'influence de l'insertion du placenta au segment inférieur sur la grossesse et l'accouchement (*Thèse Paris*, 1904).

tement plus fréquents chez les malades qui travaillent que chez celles, qui observent le repos au cours de leur gestation. Parmi les malades qui travaillent ce sont celles qui exercent le plus longtemps les professions les plus fatigantes qui sont atteintes avec le maximum de fréquence.

Il convient de noter que les constatations de M. Pinard et de ses élèves ont reçu de nombreuses confirmations tant en France qu'à l'étranger. M. le Pr Couvelaire (1) a réuni dans une revue déjà ancienne quelques éléments de travaux allemands et italiens. Mme de Bernson recueillant ses documents dans les services de Schauta à Vienne et de Léopold à Dresde, après avoir étudié l'influence des diverses professions et l'influence du repos arrive à des résultats très analogues à ceux de Bachimont et de Letourneur.

Vaccari, élève du Pr Résinelli, de Ferrare, aboutit à des conclusions identiques. Il précise que les ouvrières d'usines tout spécialement, engendrent des enfants de petits poids.

Nous n'avons pas, pour notre part, repris ce travail. Les faits accumulés par les observateurs les plus divers semblent constituer une démonstration décisive de l'influence du surmenage dans l'étiologie de la prématuration. La loi formulée par A. Pinard garde aujourd'hui toute sa valeur : « Le facteur commun qui abrège la durée de la vie intra-utérine, alors que la mère est

(1) A. COUVELAIRE. — Puériculture intra-utérine (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, juin 1903, p. 466).

« exempt de toute maladie et que l'enfant issu de
« graine saine, se développe d'une façon normale,
« c'est le surmenage ».

Nous croyons donc devoir admettre que dans les cas où la prématuration est restée inexpliquée, le facteur surmenage a joué dans sa production un rôle essentiel, et que dans les cas où nous avons attribué la prématuration à une cause obstétricale, cette cause a été provoquée ou aggravée avec une grande fréquence par ce même facteur étiologique général.

CHAPITRE II

CONSIDÉRATIONS SUR LA MORTALITÉ

1^o Mortalité générale

Le total des enfants qui sont nés morts ou qui sont décédés dans les 10 premiers jours de la vie est de 318 soit 16,6 %.

Le tableau suivant résume la mortalité totale dans chaque catégorie pondérale et dans chacun des grands groupes étiologiques.

Il est à noter que dans l'ensemble, le nombre d'enfants nés morts et le nombre d'enfants morts dans les dix premiers jours est sensiblement égal ; (morts-nés : 156 ; enfants décédés dans les dix premiers jours, 162).

Poids des Enfants	Nombre total d'enfants	Total des morts		Prématuration de cause dite :								Jumeaux	
				Obstétricale		Médicale		Complexe		Inconnue			
		mort- nés	morts dans les 10 jours	mort- nés	morts dans les 10 jours	mort- nés	morts dans les 10 jours	mort- nés	morts dans les 10 jours	mort- nés	morts dans les 10 jours	mort- nés	morts dans les 10 jours
Moins de 1500 gr.	105	41	49	11	17	19	17	4	2	2	5	6	7
15/1800 gr.	96	17	29	3	13	9	8	3	4	1	4	1	0
18/2000 gr.	94	16	17	4	5	7	3	0	2	3	6	2	1
20/2500 gr.	454	37	42	9	7	13	17	5	2	4	9	6	6
25/3000 gr.	1227	45	25	15	4	16	15	3	1	7	4	4	1
	1976	156	162	42	47	63	61	45	11	17	28	19	15
		318		189		124		26		45		34	

2° Etude de la mortalité en fonction des causes générales de la prématuration et de la débilité congénitale

Les enfants dont nous avons attribué la naissance prématurée à l'action d'une cause obstétricale naissent vivants et survivent dans une proportion de 3 à 5 fois plus grande que ceux dont la naissance prématurée a été attribuée à l'action d'une cause médicale.

Cette notion est parfaitement nette si l'on ne considère que les enfants dont le poids de naissance est supérieur à 2 kg. Pour les autres, l'excessif défaut de leur développement détermine leur mort d'une façon à peu près uniforme.

Le tableau suivant est à cet égard démonstratif.

Poids des enfants	Prématuration dite de cause obstétricale	Prématuration dite de cause médicale
	<i>Mort-nés</i>	<i>Mort-nés</i>
Moins de 2.000 gr.	18 morts sur 85 soit 21,1 %	34 morts sur 95 soit 35,7 %
2 000 à 2 500 gr.	9 morts sur 147 soit 6,1 %	13 morts sur 124 soit 10,4 %
2.500 à 3.000 gr.	15 morts sur 434 soit 3,4 %	16 morts sur 288 soit 5,5 %
	<i>Enfants nés vivants et morts dans les 10 jours</i>	<i>Enfants nés vivants et morts dans les 10 jours</i>
Moins de 2.000 gr.	36 morts sur 67 soit 53,7 %	18 morts sur 61 soit 45,9 %
2.000 à 2.500 gr.	7 morts sur 138 soit 5 %	17 morts sur 111 soit 15 3 %
2 500 à 3.000 gr.	4 morts sur 419 soit 0,9 %	15 morts sur 282 soit 5,3 %

D'après ces faits, il semblerait logique de réserver le terme de prématurés purs, pour désigner les enfants nés de mères saines et le terme de débiles pour désigner les

enfants chez qui, à l'insuffisance de maturité, s'ajoutent les effets d'un développement intra-utérin pathologique résultant de l'évolution au cours de la gestation d'une maladie maternelle.

Il est possible et même probable qu'un certain nombre de nouveau-nés, issus de mères malades, se comportent comme des prématurés purs. Il est de même possible que certains prématurés purs à la suite de circonstance diverses (défauts de soins appropriés après la naissance) *acquièrent* secondairement une débilité qu'ils n'avaient pas reçue congénitalement.

Il n'en reste pas moins vrai lorsque l'on considère l'ensemble des faits et non des cas particuliers que les prématurés purs et les débiles forment deux grands groupes qu'il y a intérêt à ne pas confondre.

3° Mortalité en fonction de certaines causes particulières

La notion globale que notre statistique nous a permis de dégager demande à être complétée par des notions spéciales sur la mortalité dans chacune des catégories étiologiques prises en particulier.

Le tableau suivant met en évidence les points essentiels :

Il permet de remarquer :

1°. — Que les enfants de 2000 à 2500 gr. dont la prématuration a été attribuée à une cause obstétricale me-

Nombre de décès survenus pendant la gestation, le travail ou les dix premiers jours dans chacune des catégories pondérales et étiologiques
(Causes simples à l'exclusion des causes complexes et de la gémellité)

Prématuration de cause obstétricale										Prématuration de cause médicale									
Poids des Enfants	Hémorragie		R. P. M. (1)		I. B. (2)		Σ (3)		Tuberculose				Infections aiguës		(4) E. P. G.		Maladies générales		
	Nombres (5)	%	Nombres	%	Nombres	%	Nombres	%	Evolutione		Non évolutive		Nombres	%	Nombres	%	Nombres	%	
									Nombres	%	Nombres	%							
Moins de 2000 gr.	24/37	64,8	15/22	68,1	10/16	62,5	18/20	90	10/16	62,5	3/6	50	11/15	73,3	10/16	62,5	2/7	28,5	
2000 à 2500 gr.	2/22	9	9/79	11,3	4/36	11,1	40/24	41,6	3/13	23	2/18	11,1	4/21	19,0	3/23	13	1/10	10	
2500 à 3000 gr.	0/21	0	13/235	5,5	2/144	1,3	12/67	17,9	4/25	16	0/35	0	3/36	8,3	3/47	6,3	0/23	0	
Totaux ...	26/80	32,5	37/336	11	16/196	8,1	40/114	36	17/54	31,5	5/79	6,3	18/72	25	16/86	18,6	3/40	7,5	

(1) R. P. M. : Rupture prématurée des membranes.

(2) I. B. : Insertion basse.

(3) Σ : Syphilis

(4) E. P. G. : Etats pathologiques gravidiques

(5) Le premier chiffre indique le nombre des enfants décédés. Le 2^e chiffre indique le nombre total des enfants.

rent pendant la gestation, le travail ou les dix premiers jours, dans la proportion de 11 % environ et que ceux de la catégorie pondérale comprise entre 2500 et 3000 gr. viennent dans la proportion de moins de 5 % sans différence importante entre les diverses rubriques étiologiques.

2° — Que ces taux de mortalité sont presque toujours notablement dépassés dans les diverses rubriques étiologiques du groupe des prématurations attribuées à une origine médicale et spécialement dans les rubriques: syphilis, tuberculose évolutive, états pathologiques gravidiques et infections aiguës.

a) SYPHILIS.

De tous les états pathologiques maternels, celui dont l'action sur la mortalité de l'enfant est la plus nocive est la syphilis. La mortalité intra-utérine ou post-natale précoce dépasse pour les enfants de 2000 à 2500 gr. de 30 % et pour les enfants de 2500 à 3000 gr. de 13 % la mortalité des enfants des mêmes catégories pondérales issus de mères saines.

Si nous envisageons les 185 observations de syphilis congénitales que nous avons rencontrées dans les différents groupes de notre statistique, nous constatons que dans cette mortalité la part de la morti-natalité est considérable.

Sur un total de 65 morts nous rencontrons en effet 39 mort-nés et 26 morts précoces. Notons que ces 26 morts précoces représentent 16,3 % du nombre total (162) des

enfants, qui étant nés vivants sont morts dans les dix premiers jours.

Cette proportion est très voisine de celle qui a été indiquée par MM. A. Couvelaire, P. Lereboullet et M. Lacomme dans le travail que nous avons déjà cité. Ces auteurs l'ont, en effet, évalué à 14,9 %, soit un chiffre légèrement inférieur à celui que nous avons calculé, mais la différence se comprend aisément si l'on tient compte du fait que leur travail n'a pas porté uniquement sur les débiles.

b) TUBERCULOSE ÉVOLUTIVE.

La mortalité des enfants nés de mères atteintes de tuberculose se manifestant par des poussées évolutives fébriles est importante et contraste avec la mortalité très basse des enfants engendrés par les femmes dont la tuberculose reste inactive.

Cette constatation confirme l'opinion développée par MM. A. Couvelaire et M. M. Lacomme (1). Il convient de noter que contrairement à ce que nous avons vu pour les hérédosyphilitiques, les enfants nés de mères tuberculeuses succombent surtout après la naissance. Un seul parmi les enfants de plus de 2 kg. est né mort. Tous les autres décès soit 6 sont des décès des dix premiers jours.

(1) A. COUVELAIRE et M. LACOMME. — Nos connaissances actuelles sur « l'Hérédité » de la tuberculose (*Monographie de « La Médecine »*, février 1931, XII, n° 3).

c) INFECTIONS AIGÜES.

Les infections aiguës atteignant la mère pendant la gestation, ne sont pas une cause fréquente d'interruption, mais elles déterminent souvent, dans toutes les catégories pondérales, la naissance d'enfants morts (8 sur 18) et parmi les enfants nés vivants, un certain nombre sont frappés de débilités graves.

d) ETATS PATHOLOGIQUES GRAVIDIQUES.

Les mêmes remarques que nous venons de faire à propos des débilités liées à des infections aiguës peuvent s'appliquer aux prématurations et aux débilités liées à des états pathologiques gravidiques.

Les causes de la prématuration qui aboutissent aux débilités les plus graves comportant le moins de chances pour l'enfant soit de naître vivant, soit de survivre plus de dix jours, se classent donc dans l'ordre suivant : 1° La syphilis ; 2° la tuberculose se manifestant par des poussées évolutives fébriles ; 3° les états infectieux aigus ; 4° les états pathologiques gravidiques.

CHAPITRE III

CONSÉQUENCES DE NOS CONSTATATIONS LA PROPHYLAXIE DE LA PRÉMATURATION ET DE LA DÉBILITÉ CONGÉNITALE

Nous arrivons à la conclusion que les prématurations les plus graves sont :

1° Les prématurations excessives qui sont grossièrement caractérisées par un poids de naissance inférieur à 2 kg. ;

2° Les prématurations accompagnées de débilité congénitale comme celle des enfants issus des mères atteintes de syphilis, de tuberculose évolutive, d'états infectieux aigus ou d'états pathologiques gravidiques.

Contre les états infectieux aigus ou la tuberculose évolutive, notre action est, dans l'état actuel de nos connaissances thérapeutiques à peu près nulle. Elle peut s'exercer, au contraire, utilement dans les autres cas.

La syphilis et les états pathologiques gravidiques comportent un traitement dont l'action préventive sur

l'évolution pathologique de l'œuf est évidente et incontestée.

Nous n'y insisterons pas, sinon pour rappeler l'importance numérique de ces facteurs de prématuration qui engendrent les débilités les plus sévères, et attirent l'attention sur l'importance considérable qui s'attache à leur prophylaxie.

La prématuration excessive sera évidemment combattue chez les enfants de syphilitiques et d'albuminuriques par le traitement préventif. Mais dans les cas nombreux où celle-ci est liée à une cause obstétricale, il est certain que nous ne sommes pas dépourvus de toute action. L'influence du repos pendant la gestation pour prévenir le déclenchement prématuré du travail, dans les cas d'hémorragie, n'est guère contestée. Il n'est pas illogique, même, de penser, que nombre de ruptures prématurées des membranes seraient évitées si la femme observait le repos indispensable.

Les faits, en tous cas, indiquent que dans l'ensemble le repos augmente en moyenne de 300 gr. le poids du fœtus. Ce gain est considérable puisqu'il suffit à faire passer l'enfant d'une catégorie pondérale où le taux de mortinatalité est de 21 % et le taux de mortalité précocce de 53 % dans la catégorie immédiatement supérieure où ces taux s'abaissent respectivement à 6 et 5 %.

La prophylaxie des formes les plus graves de prématuration et de débilité congénitale comporte donc :

1° Une action d'ordre social ayant pour but d'assurer le repos, dans toute la seconde moitié de la gestation, à toutes les mères et particulièrement à celles qui sont

porteurs d'une anomalie obstétricale, capable de déclencher le travail avant le terme physiologique ;

2° Une action d'ordre médical ayant pour but de traiter préventivement les femmes atteintes de syphilis ou de cet état pathologique dit toxémique qui se caractérise essentiellement par de l'albumine, de l'hypertension et de l'œdème.

CONCLUSIONS

1° 35,8 % des enfants nés à la clinique Baudelocque en 1928 et 1929 avaient un poids de naissance inférieur à 3 kilos.

2° Dans près de 70 % des cas ces enfants sont issus de mères chez qui nous avons relevé, isolées ou associées, soit des anomalies d'ordre obstétrical, soit des affections d'ordre médical auxquelles il est permis d'attribuer avec plus ou moins de certitude la naissance prématurée ou la débilité du nouveau-né.

3° La liste étiologique que nous avons ainsi dressée et qui démontre la fréquence des causes obstétricales et l'importance, parmi les causes médicales, de la syphilis, des états pathologiques gravidiques, des infections aiguës et même de la tuberculose évolutive, ne doit pas perdre de vue l'influence essentielle de la fatigue ou du surmenage de la mère pendant la gestation. Le surmenage provoque ou aggrave l'action des causes obstétricales, et il est probablement à l'origine de nombre des prématurations auxquelles nous n'avons pu trouver aucune explication pathologique.

4° Il semblerait opportun de réserver le nom de « prématurés purs », afin d'indiquer que le défaut de maturation n'est associé à aucune tare congénitale, aux enfants dont la naissance avant le terme normal, est due à une interruption de la gestation par suite de l'action d'une cause obstétricale locale. Ces enfants, lorsque leur développement intra-utérin a été assez prolongé pour qu'ils aient atteint le poids de 2 kilos, sont, de tous les enfants que nous avons étudiés, ceux qui présentent les taux de mortinatalité et de mortalité précoce les plus bas.

5° Les enfants issus de mères atteintes d'une affection médicale au cours de la gestation semblent souvent mériter le nom de « débiles ». Dans l'ensemble le taux de la mortinatalité et surtout celui de la mortalité précoce est notablement plus élevé pour ces nouveau-nés que pour ceux du groupe précédent. Les affections maternelles qui paraissent compromettre le plus gravement la vitalité de l'enfant se classent dans l'ordre-suivant :

1° La syphilis ;

2° La tuberculose se manifestant par des poussées évolutives fébriles ;

3° Les états infectieux aigus ;

4° Les états pathologiques gravidiques.

6° La prophylaxie de la prématuration et de la débilité des nouveau-nés doit suivre les directives essentielles suivantes : assurer à toute femme le repos pendant la deuxième moitié de la gestation, traiter préventivement

la femme malade et spécialement celles qui sont atteintes de syphilis ou d'états pathologiques gravidiques. Ces directives permettent de lutter efficacement contre des causes de prématuration qui sont non seulement les plus fréquentes mais aussi les plus dangereuses pour l'enfant.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD

Vu, le Président de la thèse
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

CHARLÉTY,

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
--------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

Etude statistique

Les Prématurés issus de gestations simples

I. — ENFANTS ISSUS DE FEMMES PORTEUSES D'ANOMALIES OBSTÉTRICALES.....	14
1 ^o Hémorragies.....	14
2 ^o Rupture prématurée des membranes	16
3 ^o Insertion basse du placenta sur le segment inférieur	18
4 ^o Anomalies obstétricales diverses	19
II. — ENFANTS ISSUS DE FEMMES ATTEINTES D'AFFECTIONS MÉDICALES AU COURS DE LEUR GESTATION	20
A. — <i>Etats pathologiques gravidiques</i>	21
B. — <i>Infections aiguës</i> (Etats fébriles. Pyélonéphrites. Appendicites. Rhumatisme gonococcique)	23
B bis. — <i>Infections chroniques</i> (Syphilis. Tuberculose)	25
C. — <i>Maladies générales</i> (Néphrites chroniques. Cardiopathies. — Affections médicales diverses)	31
D. — <i>Maladies associées</i>	32

E. — <i>Prématurés issus de mères atteintes d'une affection connue ou inconnue ayant abouti à la production d'une malformation congénitale</i>	33
III. — CAUSES COMPLEXES	35
IV. — PRÉMATURATIONS QUI N'ONT PU ÊTRE ATTRIBUÉES A AUCUNE CAUSE PRÉCISE.....	37

Les enfants issus de gestations doubles (jumeaux)

I. — Jumeaux BIVITELLINS.....	38
II. — Jumeaux UNIVITELLINS.....	39

DEUXIÈME PARTIE

Les notions qui se dégagent de notre statistique

Les Grandes causes de la Prématuration et de la débilité congénitale

A. — <i>Les Etats pathologiques d'ordre médical</i>	43
B. — <i>Causes obstétricales</i>	47
C. — <i>Prématurations en apparence inexpliquées. Le rôle général du surmenage au cours de la gestation</i>	48

Considérations sur la Mortalité

I. — Mortalité générale	54
II. — Etude de la mortalité en fonction des causes générales de la prématuration et de la débilité congénitale ..	56
III. — Mortalité en fonction de certaines causes particulières.....	57

Conséquences de nos constatations

La Prophylaxie de la Prématuration et de la débilité congénitale	62
CONCLUSIONS.....	65

